



Instituto Americano de Desenvolvimento

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 - RP/SES-DF/2019, DE 15 DE AGOSTO DE 2018
PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE /SES-DF

REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL E(OU) TRATAMENTO ESPECIAL
(Item 7 do Edital Normativo)

Eu _____, CPF nº _____, Inscrição nº _____, candidato(a) no processo seletivo público simplificado para ingresso nos programas de Residência em Área Profissional de Saúde da **Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)**, SOLICITO, de acordo com laudo médico em anexo, atendimento especial no dia da aplicação das provas conforme a seguir (selecione o tipo de prova e (ou) o(s) tratamento(s) especial(is) necessário(s)):

REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL E(OU) TRATAMENTO ESPECIAL
(selecione o tipo de prova e (ou) o(s) tratamento(s) especial(is) necessário(s))

<p>1. Necessidade física: () sala térrea (dificuldade de locomoção) () sala individual (doença contagiosa/outros) Especificar: _____ () mesa para cadeira de rodas () mesa e cadeira separadas 1.1 Auxílio preenchimento: () da folha de resposta da prova objetiva () impossibilidade de escrever 1.2 Auxílio para leitura (ledor) () dislexia () tetraplegia</p>	<p>2. Necessidade visuais: () auxílio na leitura da prova (ledor) () prova em <i>braille</i> () prova ampliada (fonte 14 e/ou 16) () prova super ampliada (fonte 28) 3. Necessidade auditiva: () interprete de Língua Brasileira de Sinais(LIBRAS) () leitura labial () uso de aparelho auditivo MEDIANTE JUSTIFICATIVA MÉDICA 4. Amamentação () sala para amamentar (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê) 5. Outros () tempo adicional - MEDIANTE JUSTIFICATIVA MÉDICA () Porte de arma (Lei Federal no 10.826/2003) () Uso do nome social: _____ _____</p>
--	---

Nessa ocasião, apresento laudo médico com a respectiva Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), no qual constam os seguintes dados:

Tipo de deficiência que possuo: _____. Código correspondente da (CID): _____. Nome do médico responsável pelo laudo: _____. Número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) do médico responsável pelo laudo: _____.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) candidato(a)